LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Du mal perforant, par M. le professeur Duplay. — **Clinique médicale** : Des diverses variétés d'amygdalites et du caractère contagieux de l'amygdalite grippale, par le Dr Dauchez. — **Bibliographie** : Les tuberculoses du pied. Des résultats éloignés de leur traitement, par le Dr Charles Audry. — Contribution à l'étude des troubles oculaires dans la paralysie générale, par M. le Dr Marie. — **Revue de la presse** : Un cas remarquable de xanthélasma. — Paralysie faciale consécutive à l'avulsion des dents. — Action hémostatique de l'ouate de penchawar. — Traitement de certaines formes de pied bot par le redressement forcé. — — Traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire. — **Académie de médecine** : Séance du 23 sepembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin. — Correspondance. — Fracture du calcaném par écrasement. — Traitement de la paramétrite puerpérale par le raclage de l'utérus. — Rapport. — Sur la dépopulation de la France. — **Memento pratique** : Emploi des bromures et des iodures en lavements. — Mode d'emploi des bromures dans la métrite chronique — Nature et traitement de l'eczéma. — **Variétés** : Les beautés du charlatanisme. — **Correspondance. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.**

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hopital de la Charité. — M. le Professeur Duplay

Du mal perforant (1).

Messieurs,

Je vais aujourd'hui vous parler d'un malade couché au n° 13, salle Trélat, tailleur, entré ici le 24 juin, c'est-à-dire il y a sept jours. Dès 1883, il a remarqué à la face plantaire de son pied droit, au niveau de la racine du deuxième orteil, une petite ulcération qui donnait issue à un liquide séro-sanguinolent. La gêne qu'elle lui causait était d'ailleurs médiocre. Depuis ce temps, l'ulcération a augmenté notablement, surtout en profondeur. En 1887, le malade vit apparaître une ulcération semblable et absolument symétrique sur l'autre pied; cette dernière marche d'ailleurs moins rapidement que l'autre. Le malade vaquait malgré tout à ses occupations. L'année dernière, il y a eu complication d'affection gangréneuse au pied gauche et d'inflammation phlegmoneuse au pied droit. Il entra dans ce service, où le professeur Trélat fit quelques incisions au pied droit et enleva à gauche la première phalange du gros orteil qui était nécrosée. Le malade sortit amélioré et reprit son travail et bientôt les choses allèrent de mal en pis.

Etat actuel. — Au pied droit, à la face plantaire et en arrière du deuxième orteil, ulcération allongée dont la caractéristique est d'être bordée par des amas épidermiques considérables. Elle laisse écouler un liquide peu abondant auquel se mêlent des stries sanguinolentes. En explorant l'ulcération, on reconnaît qu'elle a une profondeur considérable, car on arrive presque immédiatement sur le squelette : il y a une dénudation étendue du deuxième métacarpien. Remarquons dès maintenant que cette manœuvre d'exploration est *absolument indolente.*

A gauche, et dans le point exactement symétrique ulcération arrondie, ayant également des bords calleux et offrant en son fond un bourgeonnement peu actif. Mais cette ulcération est superficielle : le trajet n'a pas de profondeur. Sensibilité nulle à l'examen comme du côté opposé.

Messieurs, avec ces simples notions, certains chirurgiens feraient d'emblée le diagnostic de *mal perforant plantaire.*

C'est une faute; il y a eu sous ce nom une grande confusion. C'est ainsi qu'on a englobé, sous cette dénomination, des ulcérations résultant de cors enflammés avec propagation aux gaines synoviales sous-jacentes, des fistules nées sous l'influence d'ostéites des orteils, etc.

On doit réserver le nom de mal perforant à une affection de *nature trophique* et dans laquelle, en somme, l'ulcération n'est qu'un épiphénomène. Il s'y joint toujours d'autres symptômes trophiques, portant notamment sur le pied et surtout sur la région plantaire, mais qui peuvent occuper la totalité du pied et même une partie de la jambe.

Il faut signaler d'abord le *changement de coloration.* C'est une coloration brunâtre de la peau, comme on en rencontre également chez les variqueux où ce changement de coloration est amené par une sorte d'eczéma chronique. manifestation de l'altération de la nutrition.

C'est surtout sur l'épiderme que portent ces altérations. A la face dorsale, diminution de la sécrétion épidermique, état lisse et luisant. A la face plantaire, au contraire, hypersécrétion épidermique considérable, couche cornée énorme entourant l'ulcération.

Ces caractères existent chez notre malade. Mais il y en a bien d'autres. C'est ainsi que les productions épidermiques, poils et ongles, subissent des troubles notables. Les poils de la face dorsale du pied tombent, et ce fait est une des causes de l'aspect lisse que prend cette région. Les ongles tantôt s'amincissent, dispa-

(1) Leçon recueillie par le Dr L. Greffier.

raissent presque complètement ou tombent et sont remplacés par une couche cornée très mince. Parfois, au contraire, il y a épaississement énorme de l'ongle avec striation en travers et changement de la couleur, qui devient jaune foncé ou même brunâtre.

Cette altération existe également chez notre malade. L'ongle du gros orteil gauche est noirâtre et d'une épaisseur cornée, avec des stries transversales. Sur d'autres orteils, au contraire, certains ongles sont considérablement amincis.

Quelquefois il y a dans la sécrétion de la sueur des pieds des changements évidents, soit en trop, soit en trop peu; il y a souvent une odeur fétide. Ces signes n'ont pas été relevés dans le cas qui nous occupe.

Du côté de la sensibilité de la peau, elle est le plus souvent très altérée. Il y a des variétés individuelles considérables; parfois l'insensibilité s'étend jusqu'à la moitié de la jambe; mais, le plus souvent, elle est localisée au pied, où elle occupe d'abord le même siège que l'ulcération. Les explorations et même les opérations pratiquées sur ces points sont insensibles. Ce fait, remarqué depuis très longtemps, vous a été signalé tout à l'heure chez notre malade. Chez tous ces sujets, quand on fait cette recherche avec quelque attention, on trouve toujours, au pourtour de l'ulcération, une zone où il y a insensibilité au contact et à la piqûre. Il arrive parfois qu'une zone d'insensibilité suive exactement la distribution d'un filet nerveux. Chez notre malade, la sensibilité tactile et à la douleur est presque conservée à droite, mais il y a insensibilité absolue dans une zone de la grandeur d'une pièce de 5 francs. En avant de l'ulcération, à la base du gros orteil, existe une autre zone insensible de la grandeur d'une pièce de 2 francs environ. La sensibilité thermique, chez notre malade, est également diminuée sur tout le pied et la partie inférieure de la jambe.

L'épiderme, ai-je dit, est surtout atteint dans le mal perforant. Toutefois les couches sous-jacentes ne sont pas indemnes pour cela. Le tissu cellulaire sous-cutané perd son épaisseur, si bien qu'il semble que les os reposent directement sur la peau. Les os sous-jacents, les articulations voisines peuvent être atteints. Je ne veux pas parler seulement des ostéites, des nécroses, produites par l'extension de l'ulcération. Mais quelquefois, très loin de l'ulcération, il y a des lésions osseuses articulaires qui se traduisent par des ankyloses, dont le mécanisme est souvent la fusion osseuse. Il en est ainsi chez notre malade, chez lequel plusieurs orteils sont ankylosés.

Messieurs, c'est seulement lorsque vous rencontrerez une ulcération accompagnée de ces troubles trophiques que vous serez autorisés à porter le diagnostic : *mal perforant plantaire.*

En 1873, j'ai publié, en collaboration avec M. Mora, un mémoire dans lequel je démontrais qu'en pareil cas on a affaire à une *lésion nerveuse* : dégénérescence des filets terminaux des nerfs due sans doute à une névrite périphérique. Cette dégénérescence présente parfois une extension considérable ; elle peut remonter jusque près de la racine du membre. Sous cette influence, on voit survenir des dégénérescences de tous les tissus du pied : sclérose du derme, atrophie du tissu cellulaire, ostéite condensante et arthrites subaiguës aboutissant à la véritable fusion osseuse ; ces diverses lésions peuvent siéger très loin de l'ulcère plantaire.

Les vaisseaux, et principalement les artères, participent à la lésion. Il y a des endartérites, qui diminuent la lumière du vaisseau et peuvent même en amener l'obstruction complète, d'où des gangrènes partielles. Notre malade a eu des accidents de gangrène au pied gauche, dans des conditions un peu spéciales, il est vrai, comme nous le verrons tout à l'heure.

La démonstration de la nature nerveuse du mal perforant nous a été donnée d'une façon non douteuse par l'expérimentation sur les animaux et parfois, en ce qui concerne l'homme, par des accidents.

C'est ainsi que Laborde, faisant chez le chien la section du sciatique, voyait se développer à la plante du pied une ulcération tout à fait analogue à celle du mal perforant.

Chez l'homme, le mal perforant a été observé à la suite de la section du sciatique par une balle, à la suite de résections nerveuses. Vous avez en ce moment même, dans notre salle Velpeau, un exemple de ce fait :

Il s'agit d'un homme de 53 ans qui a été opéré par moi, il y a six ans, pour un névrome du nerf sciatique poplité interne. Il fut impossible de conserver le nerf qui dut être réséqué dans une grande longueur, 10 cent. au moins, de façon à rendre impossible la suture nerveuse. Je passe sur les phénomènes qui suivirent : paralysie, etc. Mais dans l'année même il se développa un mal perforant du bord externe du talon : accumulation de l'épiderme sur les bords de l'ulcère et indolence de la lésion.

Il s'agit maintenant, pour résoudre entièrement le problème, de savoir *sous quelle influence se produit cette lésion nerveuse.* Il semble, parfois, qu'il s'agit d'une *lésion centrale* (affection médullaire, *ataxie locomotrice*).

Les accidents du tabes peuvent manquer pour la plupart, mais il reste certains symptômes caractéristiques. C'est ce qui se présente chez notre malade : ce n'est pas certainement un tabétique avéré ; mais il présente une abolition absolue des réflexes rotuliens ; en outre, une diminution de l'acuité visuelle depuis deux ans ; enfin depuis quatre ans, on observe chez lui une atrophie considérable des interosseux de la main droite avec diminution de la sensibilité dans les deux derniers doigts de la main (zone du cubital) Il semble donc bien qu'il y ait là une altération des centres nerveux.

On a encore indiqué comme une des causes du mal perforant le *diabète.* Kirmisson, dans un mémoire récent, en rapporte quatre cas. On ne s'explique pas du tout le mécanisme en pareil cas ; il faut se contenter de

constater le fait. Eh bien, chose curieuse, *notre malade est un diabétique*. Cette affection remontait chez lui à 8 ans. La fréquence des gangrènes dans le diabète, lésions dont le mécanisme interne en pareil cas n'est guère connu, ne doit-elle pas nous faire songer à la fréquence de ces mêmes accidents dans le mal perforant et en être rapprochée ?

Mais dans beaucoup de cas, il n'y a aucune espèce de lésion du côté des centres nerveux. Pas de diabète non plus.

D'où vient donc alors cette dégénérescence des filets nerveux ?

Je vous ferai remarquer deux faits :

1° Le mal perforant n'existe que dans une certaine classe de la société.

J'ai interrogé les chirurgiens les plus répandus ; je me base sur ma propre pratique, et je me crois autorisé à dire que l'on ne rencontre jamais le mal perforant dans les hautes classes (excepté, bien entendu, chez les diabétiques et les ataxiques). La maladie est spéciale aux ouvriers et en particulier à certaines professions où les individus marchent beaucoup avec de mauvaises et grossières chaussures, et n'ont aucun soin de leurs pieds. Je citerai les charretiers tout particulièrement;

2° Le mal perforant s'observe fréquemment chez les individus qui ont eu des gelures des pieds. Ces personnes sont vouées au mal perforant. Or, pour ce dernier cas, j'ai eu la chance de voir un individu qui venait d'avoir une gelure des pieds et qui mourut d'une pneumonie. Nous constatâmes avec M. Mora exactement les lésions de dégénérescence du mal plantaire perforant. Le froid détermine donc cette névrite.

En rapprochant ces faits, il me paraît probable que les contusions multiples produites par des chaussures grossières donnent lieu à une névrite périphérique comme le fait le froid, d'où l'apparition du mal perforant.

Pronostic et traitement. — Ils dérivent de la nature du mal. C'est en effet une affection qui peut s'améliorer, mais qui récidive presque fatalement. Dès que le malade, qui va mieux, reprend son travail, une récidive survient. Puis, avec le temps, les complications apparaissent ; l'ulcération gagne en profondeur, atteint les os, les articulations ; il y a des nécroses qui exigent des extractions de séquestres.

Il y a encore à signaler les plaques de gangrène, parfois en rapport avec la diabète, d'autres fois sous l'influence de la simple endarterite.

Les poussées de phlegmon diffus sont une complication plus effrayante que réellement grave : il n'est pas rare de les voir guérir très rapidement par le simple repos.

Le pronostic est donc grave, tant par suite de la quasi-nécessité de la récidive que par les complications.

Toutefois, disons que le mal perforant peut guérir. M. Mora a constaté un cas de régénération des filets nerveux primitivement dégénérés. Mais c'est une hypothèse sur laquelle on ne peut pas compter.

Le traitement comprend : 1° le traitement de l'ulcération ; 2° celui des complications.

1° Repos forcé avec le pied élevé. C'est la première et la plus formelle indication.

Abraser les couches cornées qui entourent l'ulcération et la mettent comme au fond d'un puits.

Quant aux topiques, appliquez celui que vous voudrez ; mais faites un pansement humide. L'ulcération finit par se cicatriser, mais avec une cicatrice mince qui ne demande qu'à se rouvrir ;

2° Les lésions profondes du squelette nous amènent à intervenir pour enlever les parties nécrosées. Quelquefois les lésions sont si étendues qu'on est amené à faire une amputation partielle du pied et même l'amputation de la jambe.

Mais dans ces interventions, il faut être *aussi réservé que possible*. En effet, la récidive est presque fatale. Elle peut même se produire chez des malades qui n'ont pas recommencé à marcher.

J'ai fait un jour une opération de Lisfranc, et, à la pointe du lambeau plantaire, j'ai vu apparaître une ulcération, sans que le malade ait quitté son lit.

Chez notre malade, il y a un métatarsien nécrosé. Je suis tenté de l'enlever. Mais j'ai deux raisons pour m'abstenir : la crainte de la récidive et la présence du diabète. J'attendrai jusqu'à la dernière extrémité, jusqu'à ce que l'os soit entièrement mobile et détaché des parties avoisinantes.

Dans cette thérapeutique, on pourrait essayer d'une autre méthode : *l'électricité*, principalement les courants continus, dans l'espoir de modifier l'état du système nerveux. Ces recherches n'ont pas été poussées bien loin encore et mériteraient d'être reprises.

CLINIQUE MÉDICALE

Des diverses variétés d'amygdalites et du caractère contagieux de l'amygdalite grippale (1),

par le Dr Dauchez
ancien interne de l'Hôpital des Enfants.

Dans une note résumée parue dans la *France médicale* (année 1889, n° 143), j'attirais l'an dernier l'attention de la société sur une trentaine de cas d'amygdalites infectieuses observées en ville, dans lesquelles la contagion ne paraissait pas pouvoir faire l'ombre d'un doute. Ajoutons que depuis cette époque, en janvier et février 1890, il nous avait encore été donné d'en surprendre un grand nombre d'autres identiques en tous points à ceux que nous relations ici.

Dans le courant de l'année 1889-90, le Dr Descoings publiait de son côté dans sa thèse inaugurale quelques

(1) Communication à la Société du VIe arrondissement, séance du 30 juin 1890.

faits nouveaux relatifs à cette même question sans en pouvoir trouver l'explication.

Le problème n'est pourtant point insoluble et bien qu'hypothétique encore l'interprétation suivante que nous nous proposons de vérifier nous semble admissible et défendable.

L'amygdalite passe communément, chacun le sait, pour une affection locale et non transmissible. — Néanmoins comme le démontre l'observation journalière des angines diphtéritiques ou autres, l'amygdale est un excellent milieu de culture pour les organismes traversant la bouche, introduits soit par l'air, soit par les aliments.

Dès lors quoi d'étonnant que sous « l'influence grippale » le microbe de la grippe y puisse à son tour proliférer comme dans un excellent bouillon de culture.

Il existerait donc, à côte de l'amygdalite simple, *l'amygdalite grippale* très certainement contagieuse bien qu'objectivement les deux amygdalites soient impossibles à distinguer.

Deux particularités cliniques peuvent être invoquées à l'appui de notre opinion :

1° La fréquence extrême des amygdalites des angines, et des localisations depuis la pharyngite jusqu'à l'otite suppurée et la mastoïdite si souvent observée dans la dernière épidémie.

Citons entre autres l'observation d'un interne des hôpitaux, d'un de nos amis notaire à Paris, de deux ecclésiastiques, et d'une suite fort longue d'autres malades atteints parfois au début, surtout au déclin de la grippe, par ces complications pharyngo-auriculaires.

N'est-il pas permis de rapprocher ces faits des amygdalites infectieuses rappelées dans notre travail, la plupart d'entre elles ayant précédé, accompagné ou suivi la marche de l'épidémie.

2° Une autre particularité digne d'être notée est la fréquence relative des cas isolés de grippe parfois mortelle et d'amygdalites contagieuses observées concurremment depuis deux à trois ans par plusieurs de nos confrères et par nous-même dans le VI[e] arrondissement.

Il semblerait même que plusieurs de nos malades, épargnés pendant la grande épidémie, auraient été antérieurement atteints de la grippe sporadique (d'où leur immunité).

Ces réflexions (nous le répétons encore) demandent à être contrôlées.

Néanmoins elles nous semblent capables d'éclaircir et peut-être d'expliquer les dissemblances cliniques d'une affection en apparence univoque, en réalité variable suivant la cause qui l'engendre.

BIBLIOGRAPHIE

Les tuberculoses du pied. — Des résultats éloignés de leur traitement, par le D[r] Charles Audry (J.-B. Baillière et fils, édit., Paris, 1890).

L'école de Lyon, sous l'impulsion du professeur Ollier, semble s'être fait une spécialité des affections osseuses ; les documents abondent pour y produire les travaux les plus remarquables et les plus complets.

L'évolution différente des maladies osseuses suivant les régions du squelette qu'elles envahissent, suivant les fonctions des membres qu'elles occupent, les rapports anatomiques du squelette avec les parties molles, la marche clinique spéciale qui résulte de l'association même entre eux des os atteints, permettent de faire un travail intéressant et utile, en étudiant simplement une localisation régionale d'une affection pouvant atteindre tous les os, tous les organes de l'économie. C'est un travail de cette nature que vient de publier le D[r] Ch. Audry, élève du professeur Ollier, en décrivant dans un volume étendu les tuberculoses du pied. Ayant eu à sa disposition les leçons de son maître, les documents et les observations qu'il a accumulés depuis 1860, l'auteur se contente de l'observation intégrale, poursuivie pendant plusieurs années, du malade ou de l'opéré, pour donner ses conclusions. C'est dire qu'il ne songe à faire ni microbiologie pathologique, ni bactériologie : c'est dire que le côté clinique est le seul qu'il ait en vue, en laissant de côté une grande partie des bibliographies si nombreuses touchant le sujet qu'il traite.

Au point de vue pathologique le pied commence au tiers inférieur de la jambe, c'est-à-dire à l'articulation tibio-tarsienne et s'étend jusqu'aux phalanges inclusivement. Les lésions tuberculeuses peuvent être des ostéites tuberculeuses, ou des ostéo-arthrites tuberculeuses, ces dernières étant primitivement ou secondairement osseuses. L'auteur admet en effet, contrairement à l'opinion presque universelle actuellement, que la tuberculose peut être primitivement articulaire avant d'être osseuse, et il cite à l'appui de ce fait 16 observations qui, pour nous, ne nous paraissent pas entraîner la conviction. Dans toutes les os étaient malades et constatés malades par l'intervention chirurgicale, ce n'est donc que par déduction d'après la durée antérieure de l'affection, la prédominance des lésions synoviales, que l'auteur peut grouper ces observations sous le titre de lésions d'origine synoviale, sans que rien ne vienne affirmer la réalité de cette origine. Dans 104 cas le point de départ était manifestement osseux et disons de suite que par ordre de fréquence on trouve 37 fois le calcanéum, 18 fois l'astragale et 26 fois un métatarsien. Viennent après 10 fois le tibia et 4 fois le péroné. Dans 14 cas l'origine est donnée comme douteuse.

Mais si la propagation de la tuberculose osseuse à l'articulation est très fréquente, elle n'est pas constante et au pied en particulier, le tubercule peut rester localisé à un seul os, et cette localisation entraîne l'auteur, et cela très justement à diviser au point de vue clinique les tuberculoses du pied en *ostéites pures* et *synovites et ostéo-synovites*. Le tibia, le péroné, l'astragale ne sont pas momentanément le siège de la tuberculose, tôt ou tard il y a propagation vers une articulation ou pro-

duction d'une collection ossifluente; mais il n'en est pas de même du calcanéum et M. Audry y a insisté avec juste raison. Par son volume, par l'étendue de ses surfaces extra-articulaires, par la situation excentrique de son épiphyse, il devient susceptible d'offrir des lésions graves, adultes, qui peuvent de leur côté venir se manifester à l'extérieur sans passer par les synoviales. La tuberculose du calcanéum peut être *locale* (foyers plus ou moins centraux, souvent juxta ou intra-épiphysaires), *ou infiltrée* (dans la presque totalité de l'os, non articulaire; dans ses couches supérieures, articulaire; dans sa partie antérieure, articulaire). Le diagnostic peut se faire avec assez de facilité et il est souvent possible de constater l'intégrité des mouvements et par suite des articulations péri-calcanéennes. Parmi les autres os du pied le cuboïde est le seul qui a été trouvé isolément tuberculeux (2 observ.).

Les synovites et ostéo-synovites ne peuvent guère être étudiées isolément pour chaque articulation du pied; cela se conçoit anatomiquement. Leurs communications réciproques, leurs relations intimes, laissent deviner qu'elles ne seront jamais prises pour ainsi dire isolément; mais M. Audry a très judicieusement montré que si chaque articulation isolément se prête mal à une étude exacte, il n'en est pas de même de certains groupes d'articulations, touchées presque toujours simultanément et formant pour ainsi dire dans le pied une série de centres tuberculeux à limitations assez précises. C'est ainsi qu'il a décrit: 1° les *arthrites de l'arrière-pied* (tibio-tarsiennes, sous-astragaliennes et complexes); 2° les arthrites du tarse antérieur; 3° les arthrites métatarso-phalangiennes.

Entre les deux premières variétés de l'arthrite de l'arrière-pied, le diagnostic sera parfois difficile, et un seul signe clinique permettra de limiter avec toutes probabilités, la maladie à l'articulation sous-astragalienne: c'est la gêne prononcée ou mieux l'impossibilité de reproduire les mouvements d'adduction et d'abduction du pied, avec conservation de la flexion, de l'extension et de la rotation. — Les phénomènes inverses se produisent dans la tibio-tarsienne.

L'arthrite médio-tarsienne est extrêmement rare; la rangée antérieure du tarse n'est par suite que très rarement infectée *secondairement*; et cependant on peut distinguer une ostéo-arthrite médio-tarsienne astragalo-scaphoïdienne et calcanéo-cuboïdienne, les deux synoviales étant indépendantes; et on a ainsi une ostéo-arthrite du bord interne et une du bord externe du pied.

L'ostéo-arthrite antéro-tarsienne existe surtout chez les jeunes sujets, les lésions se portent surtout vers la face dorsale du pied, rarement vers la face plantaire; à distance elle détermine les adénites, les atrophies, mais rarement de longues fusées fongueuses. La marche de ces localisations est beaucoup plus rapide, les abcès, les fistules sont précoces.

Enfin l'ostéo-arthrite métatarso-phalangienne est très fréquente eu égard à la localisation si commune au premier interligne métatarso-phalangien. L'auteur signale avec juste raison la difficulté du diagnostic qui existe parfois avec le mal perforant, et insiste sur les déformations si variées qui peuvent résulter de cette lésion pour le gros orteil, déformations qui rendent toute marche impossible.

La deuxième partie du travail de M. Audry étudie le traitement des tuberculoses du pied et le pronostic avec ou sans traitement. Toutes les conclusions sont tirées d'observations longtemps suivies et cette persévérance avec laquelle sont examinés les malades permet seule de tirer un pronostic certain des différentes instrumentations mises en pratique.

Nous ne pouvons malheureusement reproduire tout ce qui est intéressant dans cette dernière partie, il faudrait tout reproduire. Disons seulement en quelques mots comment l'auteur a traité ce sujet difficile.

Ayant divisé en traitement non sanglant et traitement sanglant, résections et amputations, le traitement des tuberculoses du pied, l'auteur abandonne presque complètement le premier, qu'il réserve aux seuls cas de tuberculose peu avancée, chez un scrofuleux jeune, mais qu'il considère comme l'adjuvant obligatoire des autres méthodes qu'il précède ou accompagne.

Dans le traitement sanglant se rangent les opérations irrégulières: arthrotomies ignées et opérations économiques. — C'est à cette méthode comminutoire qu'il faut avoir recours chez les malades encore jeunes dont l'organisme est « encore vierge de toute thérapeutique antérieure », dont l'état général est satisfaisant.

Les arthrotomies simples, les évidements devront être rejetés, il n'y a d'exception que pour le calcanéum. C'est l'arthrotomie ignée et les tunellisations ignées qui donneront les résultats les plus satisfaisants. Sur 24 malades, 7 morts tuberculeux entre 4 ou 5 mois et 3 ans, une seule malade était guérie de son pied, 1 conserve une fistule 4 ans après un évidement, 2 ont une récidive 3 ont des tuberculoses viscérales, 11 sont guéris, maladies datant de 18 mois à 17 ans et plus.

Parmi les résections, en particulier l'ablation de l'astragale, sur laquelle l'auteur insiste, et pour laquelle il détaille un excellent manuel opératoire, on a eu les résultats suivants: sur 40, 1 mort de pourriture d'hôpital, 1 s'est pendu (il allait être amputé), 1 a été amputé et est en cure, 5 morts de tuberculose de 3 à 11 mois après, enfin 4 opérés il y a moins d'un an. Sur les 24 restant, 1 a été amputé et vit, 5 sont morts (3 ans, 28 mois, 6 ans (de généralisation tuberculeuse), 17 restent en cours d'observations parfaitement guéris, sans trouble viscéral.

Les résections tibio-tarsiennes totales n'ont pas donné de mort immédiate, 2 malades sont morts de tuberculose pulmonaire rapidement, 1 est mort 17 ans plus tard, 2 sont en bonne santé. Les résections totales ou partielles du calcanéum donnent de bons résultats.

Quant aux tarsectomies l'antérieure est celle qui offre

les résultats les plus sûrs, les indications les plus pressantes et les plus incontestables ; mais s'il existe des dangers d'intoxication générale, c'est à l'amputation qu'il faut avoir recours. Celle-ci peut dans certains cas, amener de véritables résurrections et il ne faut jamais désespérer. Elle agit en améliorant les lésions pulmonaires et en maintenant l'état général.

« C'est une notion moins banale que quelques personnes serait tentées de le croire, car elle ne prouve rien moins que la curabilité des tuberculoses les plus graves. »

Nous nous sommes laissés entraîner à analyser un peu largement cette étude intéressante, et malheureusement nous sommes loin d'avoir pu mettre en relief tout ce que l'on peut trouver d'instructif et de nouveau dans ce livre documenté au-delà de toute expression ; nous ne pouvons qu'engager les lecteurs à étudier le livre de M. Audry.

F. VERCHÈRE.

Contribution à l'étude des troubles oculaires dans la paralysie générale, par M. le Dr MARIE. (Thèse de doctorat, Paris 1890.)

Interne des asiles de la Seine et aide de clinique aux Quinze-Vingts, le Dr Marie était bien placé pour étudier cette question. Un mémoire sur ce sujet lui a d'ailleurs valu déjà le prix Esquirol de la Société médico-psychologique et sa thèse est faite avec des documents absolument personnels.

Comme troubles des muscles extérieurs de l'œil, M. Marie a rencontré du blépharospasme, plus fréquemment du ptosis; mais celui-ci toujours associé à la paralysie du moteur oculaire commun. Sur 300 malades, 43 ont présenté des troubles des muscles moteurs de l'œil ; deux fois il s'agissait de nystagmus horizontal, vingt et une fois de diplopie passagère, vingt-deux fois de paralysies persistantes complètes dans sept cas, incomplètes dans treize autres. L'auteur n'a rencontré qu'une fois la paralysie de la 6e paire ; celle de la 4e paire est également très rare.

M. Marie a trouvé chez ses malades un certain nombre d'altérations de la cornée, mais toutes dues à des causes étrangères à la paralysie générale. Il lui a cependant semblé que chez les paralytiques gâteux atteints de conjonctivite granuleuse, la cornée s'altérait plus vite et plus profondément que chez les granuleux ordinaires.

L'inégalité pupillaire est le premier phénomène qui ait frappé l'attention des aliénistes dans la paralysie générale et cependant les statistiques et les opinions à ce sujet sont très contradictoires, sans doute parce que les malades ont été observés à des périodes différentes de la maladie. M. Marie résume ainsi son observation. Au début l'inégalité serait presque constante, elle s'établit souvent avec les diplopies fugaces dont nous avons parlé ; après un certain temps elle est la seule trace subsistante, et elle peut disparaître d'autant mieux que ces diplopies se produisent parfois plusieurs années avant le délire. Quand le délire éclate les pupilles tendent à s'égaliser en myosis ou en mydriase, mais les pupilles contractées coïncideraient avec les formes congestives avec excitation maniaque ou simple exubérance, au contraire la dilatation coïnciderait avec les formes dépressives ou plus torpides. Chez un même malade d'ailleurs la pupille n'est pas la même avant et après l'attaque. Resserrée antérieurement, elle est aussitôt après la détente convulsive dilatée par un relâchement du sphincter pupillaire qui coïncide avec le pouls paralytique à larges oscillations.

Sur 167 malades observés à l'ophthalmoscope, M. Marie a trouvé 18 fois l'atrophie de la papille, ce qui est une proportion considérable, plus souvent l'atrophie blanche que l'atrophie grise, mais dans bien des cas cette différence n'était pas très marquée. Une partie de ces atrophies de la papille pouvait être rapportée à l'alcoolisme des malades. Dans aucun cas, il n'y avait de névrite optique proprement dite.

A. CHEVALLEREAU.

REVUE DE LA PRESSE

Un cas remarquable de xanthélasma. — Le Dr George Thomas JACKSON publie dans le *Journal of cutaneon and genito-urinary diseases* de New-York, ce cas remarquable pour deux raisons : l'étendue extraordinaire des lésions et le jeune âge du malade. Il s'agit en effet d'un enfant de cinq ans qui fut admis dans le service de l'auteur à Randall's Island Hospital en mai dernier. Il était envoyé par la Société protectrice de l'enfance qui l'avait pris chez ses parents mourant de faim. La sœur du malade permit de reconstituer cette histoire très incomplète. L'éruption était apparue chez l'enfant à l'âge de trois mois, sans aucun antécédent et d'emblée elle s'est montrée aussi étendue qu'elle l'est aujourd'hui. Il est probable que depuis lors, il ne s'est montré aucune nouvelle lésion, qu'il ne s'est montré aucun changement dans le diamètre des plaies qui existent et que quelques-unes d'entre elles ont disparu. D'après la sœur, l'enfant aurait toujours été bien portant, il jouait comme les autres enfants et il n'aurait jamais eu la jaunisse. La sœur proteste contre cette allégation de la Société disant qu'on aurait laissé l'enfant mourir de faim; elle dit qu'il a toujours été maigre.

Evidemment cette histoire ne prouve rien, les gens de la classe à laquelle appartient cet l'enfant n'ayant pas l'habitude de s'observer, mais elle est probablement exacte en ce qui concerne la date d'apparition de la maladie et la non existence de la jaunisse. Tout le corps de cet enfant était couvert de l'éruption, sauf les mains, les pieds et le cuir chevelu. Les plaques ont au plus le diamètre d'un pois, elles étaient molles au toucher et offrent une dépression au centre à la face, le

tronc, les épaules et la partie inférieure des jambes elles sont discrètes et disséminées sans aucune disposition particulière. Sur les extrémités, les plaques ont des dimensions variables et sont séparées par des intervalles de peau saine. Même sur les plaques, les lésions sont distinctes; elles se touchent sans se confondre. La distribution des plaques est tout à fait symétrique. La couleur varie depuis le jaune citron là où les lésions sont discrètes, sur les épaules, jusqu'à l'orangé sur les plaques. Au niveau des jointures la couleur est rouge brunâtre. Sur les paupières droites on trouve des plaques xanthomateuses typiques de couleur chamois. La paupière inférieure est occupée par une plaque continue allant de l'angle interne à l'angle externe. Sur la paupière supérieure il y a une petite tumeur. La paupière gauche n'est que très légèrement affectée. Sur la nuque et la partie supérieure du dos on trouve un certain nombre de taches pigmentaires brunâtres que la sœur considère comme les traces de lésions qui auraient disparu. On trouve sur le tronc des cicatrices déprimées qui semblent être les vestiges d'une varicelle récente.

L'enfant est chétif, blond, pâle. A part cela il ne présente rien d'anormal. L'appétit est bon; les digestions sont régulières et l'urine ne contient ni sucre, ni albumine. Sur la fesse gauche on trouve un nævus vasculaire.

En 1882, une commission nommée par la Société pathologique de Londres a étudié cette question du xanthélasma. A cette époque on ne trouvait que huit cas observés chez des enfants et encore dans ces cas, d'après la Commission, les paupières de ces enfants n'auraient pas été atteintes, ce qui depuis a été reconnu erroné. Depuis 1882, on a rapporté plusieurs cas nouveaux. La liste complète en a été publiée en 1883 par Eichhoff dans le *Monatshefte für prakt., Dermat.*

Relativement à l'âge auquel survient le xanthélasma, la plupart des cas ont été observés chez l'adulte. Barlow a publié un cas de xanthélasma congénital dans les *Transactions of the pathological Society of London* pour 1884, vol. XXXV. La même année Eichhoff publiait dans le *Deutsch med. Woch*, vol. X, l'observation d'un cas survenu à l'âge de deux mois. Le cas de G. Thomas Jackson est donc le troisième au point de vue de la précocité du début. Gruker rapporte un cas observé chez un enfant de deux mois et qui aurait duré depuis six mois. Il y a là évidemment une erreur, l'enfant était sans doute âgé deux ans et non de deux mois.

Barrs (*Lancet*, 1888, p. 223) rapporte l'observation d'un enfant d'un an; Letzer et Knaus (*Archiv. de Wirchow*, 1889, CXVI, 85) rapportent deux cas survenus à l'âge de 3 ans et un cas survenu à l'âge de 4 ans; Poensgen (*Archiv. de Œirchow*, 1883, XCI, 350), un cas survenu à l'âge de 5 ans. Dans ce dernier cas, on excisa plusieurs tumeurs, mais elles récidivèrent sur place.

Anderson et Eichhoff rapportent des cas peut-être aussi généralisés que celui de G. Thomas Jackson, bien que leur distribution ne soit pas identique. Le cas de Barrs semble avoir été consécutif à une éruption généralisée, probablement à la rougeole. Dans un cas de Hardaway (*Saint-Louis, cour. méd.*, octobre 1884), l'éruption sur la poitrine suivait le trajet des nerfs comme dans le zona.

On a proposé pour cette affection diverses théories, mais il n'en est aucune qui soit absolument satisfaisante. Les affections du foie, le diabète, l'hérédité, les diathèses, les cellules embryonnaires laissées dans la peau, chacune de ces théories a ses partisans, mais aucune ne suffit pour expliquer tous les cas.

Au point de vue du traitement, il n'y a de ressource certaine que dans le bistouri et dans l'électrolyse. Ce dernier procédé est assurément le meilleur, mais, dans les cas généralisés comme celui de Jackson, aucun n'est applicable. Besnier (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, avril 1886) dit avoir obtenu de bons résultats par l'administration de phosphure dans l'huile de foie de morue; il en donne d'abord un milligramme et augmente la dose quotidienne d'un quart de milligramme jusqu'à trois milligrammes par jour. Au bout de quinze jours, il arrête ce traitement pour donner de la térébenthine. Stern (*Berlin, Klin. Woch.*, 1888, XXV, 393) a essayé ce traitement sans aucun succès; en revanche, il a réussi à guérir les paupières au moyen d'une solution à 10 0/0 de sublimé dans du collodion.

L'examen histologique du cas de Jackson, actuellement pratiqué par les Drs John et Fordyn, sera publié dans un prochain numéro du *Journal of cut. and genito-urinary diseases*.

A. Ch.

Paralysie faciale consécutive à l'avulsion des dents (*Deutsche med. zeit.*, 62, 90). — Watson a observé un cas curieux de paralysie motrice et sensitive chez une dame qui s'était fait arracher deux dents, la deuxième petite molaire et la première grosse molaire. Lorsque la patiente qui avait respiré le protoxyde d'azote se réveilla, elle se plaignit d'insensibilité, d'impuissance motrice dans la lèvre du côté opéré. A l'examen on s'aperçut qu'une partie de la fossette du menton était insensible et quelque peu paralysée. Six mois après, l'opérée n'avait pas encore retrouvé l'état normal. L'auteur explique cette paralysie par l'élongation du nerf dentaire inférieur qui était adhérent aux racines des dents.

J. L.

Action hémostatique de l'ouate de penghawar Noltenius. (*Deutsche Med. Zeit*, 61. 90.) — Sous le nom de penghawar djambi on comprend dans le commerce les poils soyeux jaune d'or de plusieurs fougères qui croissent à Java et à Sumatra. C'est en 1843 que cette drogue fut introduite dans la thérapeutique comme hémostatique, mais malgré la faveur du début elle fut bientôt oubliée, et les physiologistes s'en servirent seuls dans les laboratoires pour arrêter

les hémorrhagies dans les vivisections. Harnack pense que cette ouate agit par le gonflement des fibres et Wincke a établi qu'elle agit non par capillarité, mais que le gonflement des parois cellulaires et le contenu des cellules qui se dissout jouent le principal rôle. Noltenius a trouvé que le penghawar ne produit pas seulement l'aspiration, et qu'au contraire il ne se laisse mouiller que très lentement par l'eau. Cette substance ne détermine pas la suppuration des plaies sur lesquelles elle est appliquée ; enfin, les expériences démontrent qu'elle ne possède pas de propriétés chimiques qui favorisent la coagulation du sang, à l'inverse de ce qu'on avait d'abord supposé.

Michelson ayant remarqué que le tampon de penghawar garde sa forme primitive sans se mouler sur la cavité des fosses nasales lorsqu'on s'en sert pour faire le tamponnement, a admis que cette ouate agit par son élasticité et la compression qui en résulte, au lieu que l'ouate ordinaire se laisse imbiber et traverser par le sang.

Les expériences qui ont été faites pour contrôler ce point ne laissent aucun doute.

Le professeur Mikulicz se sert de cette ouate avec succès ; il s'en est servi pour arrêter de fortes hémorrhagies consécutives à l'extirpation faite en plusieurs séances d'un angiome de la région du front et des yeux. Le penghawar fut employé seul et le succès ne laissa rien à désirer. L'examen microscopique de la tumeur montra que les fibres et la substance avaient pénétré dans l'intérieur du tissu et qu'il s'était fait autour d'elles, une accumulation de cellules géantes mais sans trace de réaction inflammatoire.

L'auteur conclut que le penghawar est aseptique sinon antiseptique.

Pour éviter la dissémination floconneuse de cette substance, on s'en sert à la clinique de Kœnigsberg en l'enfermant dans le petit sachet de gaze. On fabrique même sous le nom d'ouate de penghawar un mélange avec l'ouate ordinaire dégraissée et additionnée d'iodoforme. Si ces données se confirment, l'ouate susnommée remplacera celle qui est préparée au perchlorure de fer.

J. L.

Traitement de certaines formes de pied bot par le redressement forcé. — M. P. Redard donne le résultat de sa pratique pour le traitement de certaines formes de pied bot par le redressement forcé.

Le massage forcé, les manipulations qui donnent, surtout chez les très jeunes enfants, de brillants résultats, sont dans les cas de pieds bots rigides, difficiles et inefficaces.

Il faut, dans certains cas, se servir de machines permettant de développer une force suffisante et mesurée, et s'appliquant avec précision et sans pressions fâcheuses sur les parties à redresser.

M. Redard donne la description de l'appareil qu'il emploie particulièrement disposé pour le pied bot varus équin.

Deux pelotes concaves immobilisent le pied du côté interne, une pelote externe réunie à un puissant bras de levier permet une pression énergique au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne. Tout l'appareil est fixé sur une planche ; à une des extrémités de la planche se trouve une tige qui permet de fixer une bande de caoutchouc qui s'enroule en agissant énergiquement sur l'extrémité du bras de levier.

Une fois le redressement obtenu, le pied est immobilisé dans une bonne position, dans un appareil plâtré.

Après avoir insisté sur les règles pratiques pour l'application de son appareil, M. Redard donne les résultats du traitement de 22 cas traités par sa méthode. Il n'a jamais eu d'accidents inflammatoires et douloureux après les séances de redressement.

Ce procédé s'applique particulièrement aux pieds bots varus équins congénitaux.

Il convient *surtout chez l'enfant*, jusque vers l'âge de quinze ans, même lorsque les enfants ont marché longtemps, pour les degrés très marqués de la difformité, lorsque les os ne sont pas absolument irréductibles et les ligaments trop rigides.

Plus l'enfant est jeune, plus on peut facilement élonger et rupturer les ligaments, mobiliser les articulations et lutter contre le déplacement des os.

Lorsque le pied bot est très ancien, résistant, avec enroulement considérable, le redressement forcé avec les machines ne convient plus, il expose à des récidives et demande un traitement et une surveillance prolongés. Dans ces cas, les opérations sanglantes ont une supériorité incontestable sur la méthode de rétrécissement forcé avec les machines. (*Congrès de Berlin.*)

Traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire. — M. J.-A. Fort, sur 700 rétrécissements de l'urèthre qu'il a électrolysés, n'a eu à enregistrer aucun résultat fatal. Avec son électrolyseur, l'opération, bien faite, est inoffensive, rapide, non douloureuse, sans écoulement de sang, et elle n'exige pas de sonde à demeure. Il n'y a jamais d'accidents sérieux. Le premier malade qu'il a opéré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Richet, n'a jamais subi de cathétérisme depuis l'opération, qui fut pratiquée le 26 avril 1888. La guérison de ce cas se maintient parfaitement.

M. Fort a eu l'idée d'appliquer l'électrolyse linéaire aux rétrécissements de l'œsophage. Il a cité le cas remarquable d'une jeune fille ayant un rétrécissement si étroit, qu'elle ne pouvait prendre que quelques gouttes de liquide. Elle était mourante. Un mois après, cette malade était guérie ; elle avait subi quinze séances d'électrolyse linéaire. Elle mangeait toutes sortes d'aliments et elle avait augmenté de 25 livres.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° L'électrolyse linéaire peut être appliquée à tous les rétrécissements ;

2° En raison de sa simplicité et de sa bénignité, et aussi en raison des récidives plus rares que dans les autres procédés opératoires, nous pensons que l'électrolyse linéaire doit être préférée à l'uréthrotomie, et constituer le procédé de choix dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre :

3° Combinée à la dilatation, l'électrolyse linéaire donne d'excellents résultats dans le traitement des rétrécissements de l'œsophage. Elle améliore certainement les rétrécissements organiques et elle guérit presque à coup sûr les fibreux ou cicatriciels, pourvu que ceux-ci se laissent traverser par une petite bougie, destinée à guider l'électrolyseur. (*Congrès de Berlin.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 septembre 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La CORRESPONDANCE comprend des lettres de MM. les Drs Paul BERGER et PÉRIER qui se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

Fracture du calcanéum par écrasement. — M. CHAUVEL lit un rapport sur un travail envoyé par M. le Dr Guermonprez (de Lille). Pour faire le diagnostic des fractures du calcanéum, il est nécessaire d'explorer les membres inférieurs dans la position à genoux. C'est, en effet, dans cette position que l'on saisit le mieux l'effacement du mollet, la disparition de la saillie normale du tendon d'Achille et l'absence des gouttières rétro-malléolaires. Ces signes, rapprochés de ceux donnés autrefois par Malgaigne (élargissement du calcanéum, abaissement des malléoles, effacement de la voûte plantaire, etc.), peuvent être considérés comme pathognomoniques. Comme traitement, la simple coaptation obtenue par la combinaison des mouvements obliques et du massage, les émissions sanguines, les applications chaudes, plus tard les pointes de feu semblent préférables aux tentatives de réduction. Le rétablissement des fonctions est en effet le point principal à atteindre; la forme du pied n'a qu'une importance médiocre.

M. BROUARDEL. J'ai dû faire des diagnostics de fracture du calcanéum, dans des cas de médecine légale, plusieurs mois après l'accident. Le procédé qui m'a le mieux réussi est de noircir la plante du pied des malades et de les faire marcher sur une feuille de papier blanc. L'empreinte que l'on obtient ainsi est caractéristique et me paraît le meilleur moyen de diagnostic tardif des fractures.

Traitement de la paramétrite puerpérale par le raclage de l'utérus. — M. GUÉNIOT, lit un rapport sur un travail de Dr Rifat, de Salonique. Ce travail a pour but de faire connaître les bons résultats obtenus dans trois cas de paramétrite par le raclage de l'utérus. Le traitement classique n'empêchait pas le malade d'empirer de jour en jour; craignant la suppuration des annexes et pensant d'autre part que le curage ne pouvait offrir aucun danger, M. Rifat pratique le curage et immédiatement les malades furent soulagés et la fièvre cède. L'inflammation para et périutérine disparut d'une manière complète.

D'après M. Guéniot, il s'agissait dans ces trois cas d'une septicémie utérine contre laquelle des injections antiseptiques intra-utérines auraient sans doute suffi. M. Guéniot croit d'ailleurs que ces injections pourraient suffire dans la plupart des cas guéris par le curage.

M. LAGNEAU présente de la part de M. Aubert, médecin-major à Bourg-en-Bresse, un travail manuscrit sur la statistique des naissances et des décès à Bourg, de 1872 à 1889.

Rapport. — M. CHAUVEL, lit un rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Herpin (de Metz).

Sur la dépopulation de la France. — M. JAVAL, veut donner quelques indications sur les réformes qu'il serait nécessaire d'introduire dans les lois pour favoriser la natalité, les mesures sont d'ailleurs des plus difficiles.

Aucune mesure ne profiterait plus aux familles pauvres que la suppression des contributions indirectes, la suppression des taxes sur les objets de première nécessité ; cette suppression, il est vrai, ne favoriserait la natalité que dans la classe la plus pauvre de la population.

L'idée de donner des primes ou d'infliger des amendes ne supporte pas la discussion. Une prime suffisante constituerait pour le budget une charge absolument effroyable L'amende sur les célibataires ne diminuerait sans doute pas sensiblement le nombre de ceux-ci. Il faut donc se borner à favoriser autant que possible les familles nombreuses.

La déclaration financière de 1791, organisait *l'impôt sur le revenu fondé sur des signes certains*, ce qui est l'idéal de la justice en matière d'impôts. Pour déterminer la part contributive de chacun, on établissait d'abord une présomption de son revenu en se fondant sur les signes extérieurs de la richesse, parmi lesquels la valeur de l'habitation occupait le premier rang. Mais on avait compris que si la valeur locative de l'appartement est un signe d'aisance, l'augmentation de loyer causée par la nécessité d'abriter une nombreuse famille n'est pas un signe de richesse. Pour tenir compte de cet élément essentiel, les contribuables étaient divisés en classes, d'après la valeur de leur loyer, mais on les déplaçait d'un certain nombre de classes, suivant qu'ils avaient plus ou moins d'enfants. Cet admirable système de 1791 ne fonctionna jamais parce que, dans ces temps troublés, il ne fut pas possible d'improviser un personnel qui dressât des rôles réguliers, et, en 1801, le premier consul simplifia les choses en ne regardant plus que le seul chiffre de loyer comme signe de richesse, et c'est ainsi que l'impôt sur le revenu devint l'impôt mobilier tel qu'il fonctionne encore aujourd'hui.

La justice distributive la plus élémentaire commande de revenir au système de 1791, et de faire, de l'*impôt mobilier*, cet *impôt sur le revenu* qui est réclamé par une grande partie de l'opinion publique.

Or, comme nous avons vu qu'il faut quatre enfants par famille pour que la population progresse, il importerait, dans un intérêt démographique, de faire varier les classes suivant que le contribuable : 1° n'aurait pas d'enfants ; 2° en aurait jusqu'à trois ; 3° jusqu'à six ; 4° plus de six. Il y aurait ainsi quatre classes. Le principal de l'impôt serait perçu sur les contribuables qui auraient quatre, cinq ou six enfants ; il y aurait quelques centimes additionnels frappant les pères de un, deux ou trois enfants, et une surcharge beaucoup plus lourde sur ceux qui n'en auraient pas. Cette surcharge s ait plus que suffisante pour sub-

venir au déchet résultant du dégrèvement des pères de sept enfants et au-delà.

Ce système est beaucoup trop compliqué pour être adopté par une assemblée législative où la loi de finances se discute toujours à la veille des vacances et c'est pour ce motif que je m'étais borné à faire accepter un premier échelon : le dégrèvement complet au-delà de six enfants.

Il faut répondre ici à une objection qui a été faite à satiété : Le dégrèvement profitait pour un chiffre considérable à quelques familles riches. Il est vrai, en effet, que sur *dix millions* de ménages qui existent en France, *deux ou trois mille*, c'est-à-dire bien moins d'un sur mille se sont trouvés dégrévés sans en avoir réellement besoin. C'est pour éviter ce prétendu inconvénient qu'on a décidé de limiter aux cotes inférieures à 10 francs le dégrèvement pour 1891. En agissant ainsi, le parlement a fait une faute lourde ; il a manqué aux principes d'après lesquels la loi doit être égale pour tous, il a offensé la justice, car les contribuables qui nourrissent des familles nombreuses paient en contributions indirectes des sommes formidables, bien supérieures à la cote mobilière dont on refuse de les dégrever ; enfin et surtout la Chambre n'a pas compris que l'intérêt du pays exige *qu'on favorise la natalité parmi les familles riches*.

Depuis la nouvelle loi militaire, les cadets ne seront presque jamais exempts ; ils ne jouiront d'une diminution de temps de service que si leur naissance est de moins de trois ans postérieure à celle de leurs aînés. Il est évident que ce fait n'est pas de nature à encourager la procréation d'un second fils dans les familles. Pour remédier à cet inconvénient, M. Javal avait soutenu un amendement aux termes duquel les cadets étaient inscrits de droit dans la seconde partie du contingent. Il a été repoussé par des raisons politiques, mais il y aurait lieu de le reprendre à nouveau et de le compléter par quelques autres modifications apportées à la loi militaire, celle, par exemple, d'exempter de tout service, même en temps de guerre, le père de quatre enfants.

S'il est vrai de dire que les lois fiscales et la loi militaire ont une pernicieuse influence sur la natalité, cela est encore bien plus vrai pour les articles du Code qui règlent le régime des successions. Tout le monde sait qu'à ces articles, qui leur interdisent de privilégier le fils aîné, les grands propriétaires fonciers ont répondu en n'ayant plus que des fils uniques.

L'orateur se refuse toutefois à entrer dans un examen détaillé des réformes à introduire dans le Code civil ; il se borne à réclamer l'abolition de l'article 913, qui réduit la quotité disponible d'autant plus que l'ascendant laisse plus d'enfants. Il admettrait volontiers que la quotité disponible fût de moitié, quel que soit le nombre des enfants, de façon à ce que le père qui a créé un établissement indivisible n'ait pas la crainte de le voir détruit à sa mort, par le seul fait du nombre de ses enfants.

M. Javal termine par les conclusions suivantes : en demandant que le rapport si intéressant de M. Lagneau servît de point de départ à une discussion, j'avais l'intention de contester en bloc, comme je l'ai fait, tout l'ensemble de ses conclusions, non pas par des raisons particulières à chacune d'elles, mais parce que leur adoption me paraîtrait marcher directement contre le but que s'est proposé notre collègue. En préconisant une série de mesures de détail, plus ou moins utiles, je pense que l'Académie atténuerait l'impression qu'il importe de produire sur le public et par contre-coup sur les Chambres.

Il faut le crier bien haut, tout ce que nous ferons pour diminuer la mortalité et la morbidité, ce qui est notre besogne de médecins, ne sera rien en face de l'immense péril créé par la diminution de la natalité. Et tout ce qu'on fera pour augmenter la natalité en favorisant les mariages ou en réglementant la prostitution sera négligeable en présence des effets de la restriction volontaire des naissances. Notre profession nous met à même de saisir et de signaler les causes de cette restriction et de savoir qu'elles sont en partie causées par des lois qui semblent faites à plaisir pour écraser, sous la charge des impôts indirects et du service militaire, les familles tant soit peu nombreuses ; nous savons les conséquences de nos lois dures à supporter pendant qu'il vit, deviennent souvent désastreuses au moment de la mort du père de famille et nous nous tournons vers leur législateur responsable de tous ces maux pour lui demander avec insistance de modifier les lois fiscales militaires et civiles dans un sens moins défavorable à l'accroissement de la population. Je vous propose de voter les conclusions suivantes :

L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur les conclusions du rapport de M. Lagneau, d'après lesquelles l'arrêt d'accroissement de la population reconnaît pour cause principale la diminution causée par la situation faite aux familles nombreuses par les lois civiles fiscales et militaires.

M. Lagneau. Chaque auteur, pour favoriser l'accroissement de la population, ne préconise qu'un moyen à l'exclusion de tous autres. De même, M. Javal propose à l'Académie de substituer à mes conclusions un simple vœu, celui d'une réforme dans la répartition des impôts qui pèsent si lourdement sur les familles nombreuses. Ces mesures sont insuffisantes pour parer aux causes nombreuses qui restreignent l'accroissement de la population.

M. Javal croit que l'affaiblissement des traditions religieuses est une des causes du peu d'accroissement de la population. Or ce principe, croissez et multipliez, est très peu mis en pratique, surtout dans les pays catholiques où d'ailleurs le célibat enlève à la procréation une foule de personnes. Cet accroissement de la population est beaucoup plus prononcé au contraire dans les pays protestants. Dans le Finistère, département religieux, l'accroissement est très considérable, mais il est au contraire très faible dans le Gers, département également religieux. L'esprit religieux ne paraît donc pas ici jouer un grand rôle.

Quant aux réformes militaires, M. Lagneau est heureux de voir que M. Javal se range à son opinion.

Le service militaire obligatoire pour tous les hommes valides ne peut être préjudiciable à la nuptialité à cause de sa courte durée. Au point de vue démographique, il est désirable que les jeunes gens puissent rentrer de bonne heure dans leurs foyers pour s'y créer une position et s'y marier, mais d'autre part il n'est pas désirable qu'ils se marient avant l'âge de 23 ans, car avant cet âge la mortalité est plus considérable chez les hommes mariés que chez les célibataires.

Notre nuptialité diminue progressivement depuis quelques années, cependant le nombre de gens mariés est encore relativement assez considérable. L'exemption du service militaire permet à beaucoup d'hommes exemptés

de se marier promptement, alors que les hommes reconnus propres au service sont forcés d'attendre.

Outre les réformes législatives, parmi les mesures d'assistance proposées par M. Lagneau, pour rendre moins faible l'accroissement de notre population, M. Javal a cru devoir s'élever contre la création de maternités-ouvroirs, tenant compte du grand nombre d'ouvrières, de domestiques qui, renvoyées de leurs places dans les derniers temps de leur grossesse, ne trouvent ni asile, ni soins, ni travail proportionné à leur peu de validité. M. Lagneau insiste sur la grande utilité de ces maternités-ouvroirs. Déjà, à Paris, sont ouverts des asiles pour les femmes enceintes. Depuis longtemps, dans quelques villes manufacturières, des crèches d'ateliers ont été fondées pour permettre aux mères d'allaiter leurs enfants tout en travaillant.

Les maternités-ouvroirs pour les femmes mariées abandonnées, pour les filles-mères délaissées, doivent réunir les attributions de l'atelier, de l'asile, de la maternité et de la crèche, en recevant ces femmes dans les derniers temps de la gestation, durant les premiers temps de l'allaitement.

La séance est levée à 4 h. 45.

MÉMENTO PRATIQUE

Emploi des bromures et des iodures en lavements. — Kobner conseille les formules suivantes chez les malades impressionnables qui ne peuvent supporter les suppositoires :

Iodure de potassium.....	3 grammes.
Bromure de potassium.....	2,5 à 8 gr. ;
Extrait de belladone.....	0 gr., 30 ;
Eau.....	200 grammes.

On mélange chaque fois 20 grammes de cette solution à 50 à 100 grammes d'eau chaude, au début une fois par jour, plus tard deux fois.

Plus tard il élève les doses et prescrit :

Iodure de potassium.....	10 grammes.
Bromure de potassium.....	8 —
Extrait de belladone.....	0 gr., 60
Eau.....	300 grammes.

25 grammes de cette solution dans 80 à 100 grammes d'eau deux fois par jour en lavement.

Kobner a trouvé qu'en ajoutant à chaque lavement de 5 à 10 gouttes de teinture d'iode pure, le mélange était très efficace et très bien toléré par le gros intestin. Jamais il n'a observé d'inflammation de la muqueuse.

L'auteur a appliqué ce procédé au traitement de certaines hypertrophies prostatiques comme aussi dans des cas d'ulcérations syphilitiques du rectum n'ayant pu être améliorées par les astringents ou les désinfectants.

Mais il a surtout employé ce mode de traitement chez les syphilitiques qui ne pouvaient supporter l'usage interne de l'iodure. L'action thérapeutique des lavements iodés, même à la dose de 50 centigrammes à un gr. est très rapide. Ces lavements, joints à des frictions mercurielles, peuvent dispenser de toute autre médication et sont mieux supportés que les injections sous-cutanées.

Mode d'emploi des bromures dans la métrite chronique (Jules Chéron). — Il est incontestable, dit l'auteur, que l'usage continu des bromures est d'une grande utilité dans tous les états congestifs de l'appareil utéro-ovarien ; il y a souvent eu recours avec avantage.

Dans un mémoire fait il y a quelques années en collaboration avec M. le Dr Fauquez, il a établi que le bromure de sodium agit surtout sur la nutrition générale, que le bromure d'ammonium est spécialement utile dans les excitations cérébrales et que le bromure de potassium est le meilleur modérateur du pouvoir excito-moteur de la moelle. Pour éteindre les réflexes partis de la sphère génitale, pour combattre la paralysie vaso-motrice de la moelle lombaire et du sympathique de la même région, en un mot pour faire cesser la congestion utérine aussi bien que les troubles réflexes dont la métrite chronique est le point de départ, c'est donc au bromure de potassium qu'il convient de donner la préférence.

Il n'y a pas lieu d'associer, dans le cas qui nous occupe, le bromure de sodium et le bromure d'ammonium au bromure de potassium.

Le médicament devant être employé d'une façon continue pendant plusieurs mois, il ne faut pas dépasser la dose de deux grammes par jour.

La formule que l'auteur emploie est la suivante :

Bromure de potassium.....	20 grammes.
Eau distillée.....	300 —

Prendre une cuillerée à bouche ou un verre à liqueur après chacun des deux principaux repas. (*Méd. mod.*)

Nature et traitement de l'eczéma. — M. Unna vient de faire sur ce sujet, à la 58e session de l'Association médicale britannique, tenue le 1er août, à Birmingham, une communication d'une haute importance à laquelle la compétence toute particulière du célèbre dermatologiste de Hambourg donne un grand intérêt.

Pour M. Unna, l'eczéma est un catarrhe chronique de la peau, d'origine parasitaire, avec desquamation, démangeaisons et tendance de la peau à répondre aux irritations par une exsudation et une inflammation prononcées.

Le traitement doit donc viser à remplir deux indications : 1° s'attaquer directement à la cause de la maladie par un traitement antiparasitaire, et 2° transformer l'épiderme en un terrain moins favorable au développement de ce germe. Les meilleurs agents thérapeuthiques à diriger contre l'eczéma sont ceux qui remplissent ces deux indications à la fois.

Le traitement radical consisterait à détruire tous les germes qui existent dans l'épaisseur de la peau, ce qui n'est pas possible d'une façon immédiate. Cependant, il ne faut nullement regarder l'eczéma comme une affection incurable. La disparition de l'efflorescence

eczémateuse n'est pas toujours un signe de la guérison définitive, mais cette guérison peut toujours être obtenue par l'emploi continu et prolongé du traitement spécifique.

Unna distingue plusieurs formes d'eczémas chroniques, eczéma de la gale, eczéma séborrhéique, eczéma folliculaire, eczéma papuleux, qui ont toutes leur type particulier, sans passer par toutes les prétendues périodes de l'eczéma. La thérapeutique de toutes ses formes cliniques varie avec chacune d'elles. L'orateur ne veut considérer ici que l'eczéma séborrhéique. qui est de beaucoup le plus commun.

L'eczéma séborrhéique débute par un érythème desquamatif, qui le fait ressembler au pityriasis, et peut ensuite conserver cet aspect, ou se transformer en eczéma suintant ou enfin en éruption croûteuse psoriasiforme; les vésicules n'apparaissent guère que sous l'influence d'irritations externes.

Le traitement consiste ici dans l'emploi des solutions alcalines fortes, des oxydes métalliques et en général des médicaments appartenant au groupe des agents réducteurs; les plus importants sont la potasse caustique, les oxydes de zinc, de plomb et de mercure, le soufre, la résorcine, l'acide pyrogallique, la chrysarobine et les diverses espèces de goudrons.

On se guidera, pour le choix du médicament et du mode d'application, sur le degré d'inflammation de la peau. Quand l'inflammation et le suintement sont intenses, les agents spécifiques *doux* devront être employés : ce seront les oxydes de zinc et de plomb, le soufre, la résorcine, sous formes de poudres, de lotions, de pâtes et de gélatines glycérinées.

Quand l'inflammation est moins prononcée et que le suintement est faible, il faut recourir aux agents plus énergiques, chrysarobine, acide pyrogallique, goudron, oxyde de mercure, sous forme d'onguents, d'emplâtres et surtout de pansements *imperméables*.

En principe, il faut viser à détruire l'agent spécifique, tout en évitant de produire une inflammation artificielle de la peau. Un traitement véritablement irritant n'est pas nécessaire, même dans les eczémas les plus anciens et les plus secs. Il suffit d'employer les doses nécessaires pour amener l'amincissement de la couche cornée.

L'arsenic est le seul médicament qui agisse à l'intérieur, avec quelque efficacité, sur l'eczéma séborrhéique, en particulier sur les formes sèches Toutes les autres médications générales agissant sur l'intestin, les reins, l'utérus ou tout autre organe en relation réflexe avec la peau ; tous les régimes, tous les bains, sauf ceux de sublimé, ne peuvent être considérés que comme des adjuvants du traitement spécifique véritable.

Dans la recherche de médications nouvelles contre l'eczéma, on devra surtout surveiller leur action sur l'organisme en général, et prendre garde que, soit par eux-mêmes, soit par leurs produits d'oxydation, ils ne provoquent des effets irritants pour la peau. (*Revue de téhrapeutique médico-chirurgicale.*)

VARIÉTÉS

Les beautés du charlatanisme. — Nous trouvons, dans les journaux de Bruxelles, le trop intéressant récit des cures merveilleuses obtenues dans cette ville sous le bienveillant patronage de la municipalité et dans un local communal, par un charlatan arabe du nom de Goolam.

Afin d'édifier complètement nos lecteurs sur la valeur de ce personnage exotique et leur signaler une fois de plus jusqu'où peut aller la bêtise humaine, nous publions aujourd'hui la relation d'une intéressante visite faite par un de nos confrères à la policlinique du n° 33 de la rue Saint-Christophe, où, grâce à la faveur qui lui a été accordée par la ville, notre Arabe opère journellement ses cures merveilleuses. Voici comment s'exprime le docteur V. dans *la Clinique* du 11 septembre :

« Voulant me rendre compte par moi-même des exploits de l'illustre oculiste arabe, exploits qui m'étaient connus par ouï-dire, je me suis rendu samedi dernier rue Saint-Christophe, en compagnie de mon honorable confrère le docteur R...

J'ai été stupéfait du nombre de malades entassés dans la cour et les salles de l'école ; je suis certainement au-dessous de la vérité en les évaluant au chiffre de six cents, et notons que c'était un samedi; certains autres jours, ce chiffre, paraît-il, s'élève au-delà de mille.

L'aspect de ces malheureux rangés dans la vaste cour sur quatre lignes compactes ; les allées et venues d'une douzaine de compères, état-major à figures étranges, les passant en revue, les exhortant à la patience ; les regards obliques que nous lançait de temps en temps ce même état-major (parmi lequel figurent des dames) et les chuchotements hostiles dont nous étions manifestement l'objet, tout cela formait un tableau à la fois pittoresque et peu rassurant pour notre sécurité. Nous étions reconnus.

« Cependant, nous eûmes le temps de jeter un rapide coup d'œil sur les malades présents.

Ils sont divisés en deux catégories : les aveugles, dans les salles, les ophtalmiques proprement dits, dans la cour. Ils nous faisaient vraiment pitié, les deux cents malheureux frappés d'une cécité irrémédiable qu'on fait venir tous les jours à travers tous les temps et qu'on berne cyniquement de l'espoir d'une guérison prochaine. Pauvres éclopés, dont les uns ont les orbites vides, dont les autres roulent convulsivement des globes éteints, d'autres portent des staphylomes affreux... La catégorie des ophtalmiques est constituée par la liste interminable des granuleux, scrofuleux, enfants atteints de conjonctivites, de kératites, adultes en — et ectropionnés, porteurs de taies et de pannus, clientèle ordinaire des cliniques de la ville. Mais nous avons remarqué aussi, au passage des affections aiguës, des iritis, des conjonctivites sécrétantes, manifesment contagieuses...

« Tout à coup s'établit un religieux silence. Deux grooms, mal habillés, annoncent, d'une voix aussi éraillée que solennelle, l'arrivée du docteur. Des applaudissements nourris, dont le signal est donné par l'état-major, éclatent de toutes parts. Nous voyons apparaître un homme d'environ trente-cinq ans, le sourire aux lèvres, saluant de droite et de gauche. Puis quelqu'un lui dit un mot à l'oreille ; aussitôt on s'élance vers nous pour nous prier de sortir.

« Nous payons d'audace et nous demandons à Goolam Kader la permission d'assister à sa clinique en nous prévalant du titre de rédacteurs de journaux médicaux, Cette demande fit sur l'illustre oculiste l'effet d'une douche d'eau froide. Son air d'emprunt disparut et il ne nous apparut plus que sous son attitude naturelle où la distinction ne brillait guère.

« Il refusa net. Cependant nous ne nous retirons pas. Alors nous fûmes rudement apostrophés par les patients qui croyaient que par notre obstructionisme, nous allions les priver de la consultation du docteur. Nous eûmes pitié de ces malheureux ; nous esquissâmes une lente et honorable retraite et à peine la porte se fut-elle refermée sur nous, que des *hou ! hou !* formidables firent trembler l'édifice en notre honneur.

« Le mercredi précédent le docteur R... avait eu la bonne fortune d'assister à toute la représentation en compagnie de ses estimés confrères les docteurs D... et G...

« Ces messieurs s'étaient fait passer pour rédacteurs de journaux politiques. A ce titre, on leur réserva la meilleure place. Sujet du spectacle : une opération de cataracte. Plus de mille malades sont présents. Une vieille femme est assise sur une estrade. Après un speech bien senti, répété par l'interprète où il est dit que la femme est aveugle depuis plus de six ans et qu'elle n'a pu trouver dans aucune clinique, de soulagement à son triste état, Goolam commença gravement l'opération. D'après la description que m'en a faite le docteur R..., la méthode employée fut la méthode préhistorique par réclinaison, méthode détestable et dangereuse dans ses suites où le cristallin n'est pas extrait, mais simplement refoulé hors du champ pupillaire au moyen d'une aiguille *ad hoc*. Après une attente anxieuse de six minutes environ, pendant laquelle on eût pu entendre une mouche voler, tant le silence de l'auditoire était profond, la femme enfin s'écrie qu'elle voit la main de l'opérateur. Formidables cris de triomphe... applaudissements frénétiques... on danse, on s'embrasse... c'est du délire.

« Puis l'opérée disparaît de la scène.

« Mais ce qui fut merveilleux et digne de passer à la postérité la plus reculée, c'est la manière dont fut conduite la consultation donnée à ce millier de malades. Un seul collyre, un seul pinceau... Et ce même pinceau constamment trempé dans le même collyre, passa indistinctement dans deux mille yeux avec une rapidité qui tenait du vertige : en moins d'une demi-heure, tous les malades étaient expédiés et... remis au lendemain. »

Et dire que de pareils abus peuvent se produire en plein dix-neuvième siècle, dans une capitale qui se proclame « cœur-cerveau » de la Belgique ! Est-ce croyable ? On s'explique d'autant plus difficilement la complaisance que l'on montre à l'égard de cet intrus, qu'il a déjà été poursuivi ailleurs du chef d'exercice illégal de la médecine.

Mais, ce qui paraît plus invraisemblable et plus écœurant encore, c'est la conduite de cet autre personnage, qui, au mépris des plus vulgaires convenances, pousse l'indignité professionnelle jusqu'à se faire le complice du charlatanisme le plus éhonté.

Il nous répugne de penser qu'il existe dans le corps médical belge, des membres tombés assez bas pour se prêter à des compromissions de ce genre. O déchéance morale ! Quand donc pourrons-nous nous soustraire à tes cruelles atteintes ? Quand pourrons-nous enfin écarter de nos rangs ceux qui déshonorent ainsi notre profession ? En attendant ce jour tant désiré, fuyons leur contact malsain et honorons-les de notre plus profond mépris.

On l'a dit souvent : *vulgus vult decipi*. Contraint de quitter le local mis à sa disposition par l'administration communale, l'oculiste hindou fut de la part des habitants de la localité l'objet de manifestations flatteuses. Les bouquets et les fleurs, les acclamations et les cris ne manquèrent pas à son triomphe. Là, paraît-il, ne se bornèrent pas les marques de sympathie à l'adresse du « héros du jour ». Un habitant de la rue des Six-Jetons lui octroya un immense hall, situé au fond d'une cour, n° 40, de la même rue. Lors de l'inauguration de ce nouveau local, tout le quartier se mit en fête et une ovation splendide eut lieu en l'honneur du médecin arabe. Peu importe si cet inconnu expose le public à un danger réel, en employant indifféremment le même mode de traitement pour toutes les affections, sans se soucier aucunement de la contagion ! Le bon public aime à se faire illusion, et quoi que l'on fasse, on ne parviendra jamais à le convertir. *Ergo decipiatur.*

A en juger par les pompeuses réclames qui figurent à la quatrième page des journaux et s'étalent publiquement dans toutes les gares du pays, la capitale semble jouir du privilège d'attirer les grands hommes, les bienfaiteurs de l'humanité.

Sans parler davantage de son protégé, auquel elle a d'abord gracieusement prêté ses locaux, elle donne l'hospitalité depuis plusieurs années à un personnage non moins fameux qui, grâce à ses connaissances bactériologiques (*sic*), guérit tous les phthisiques qui, de loin ou de près, s'adressent à lui. Ce savant apothicaire, dont le nom, bien connu dans certaine presse, mérite de passer à la postérité, a opéré l'an dernier 9.541 (?) guérisons : ce chiffre respectable s'élève aujourd'hui au-delà de 22.000 En présence de si brillants résultats, on est tenté de se demander à quoi peuvent servir les expériences de Koch et Grancher qui aux

congrès de Berlin et de Limoges, ont fait entrevoir la découverte prochaine d'un moyen propre à enrayer la marche du bacille tuberculeux. Toutefois, hâtons-nous de le proclamer bien haut, le moyen curatif prôné par le charlatan bruxellois n'a d'autre vertu sérieuse que celle de drainer les écus et nous ne pouvons que blâmer sévèrement les pharmaciens qui lui servent d'intermédiaires pour la vente de ses produits.

P.-S. — Au moment de terminer cet article, nous apprenons que des perquisitions viennent d'être faites, rue Paul Devaux, au domicile du sieur Goolam Kader : les documents, comptes, fioles et trousses ont été saisis. Presqu'en même temps, le substitut du procureur du roi et le juge d'instruction, accompagnés de M. Stiénon, médecin-légiste, et Depaire, expert-chimiste, opéraient une descente de lieu. Ils ont longuement interrogé l'oculiste arabe, ainsi que le Dr *Declercq*, qui, paraît-il, lui sert de paravent professionnel. Nous comptons bien qu'il sera mis définitivement un terme à l'exploitation dangereuse et illégale de ces deux personnages.

Dr J. Brasseur (*Gaz. méd. de chirug.*)

CORRESPONDANCE

Lyon, 20 septembre 1890.

Mon cher collègue,

Dans sa piquante note sur les « bègues d'urine » M. Desnos en a omis un, et non des moins notables, Ricord. Notre maître appartenait de naissance à cette innombrable phalange. Il aurait même eu droit d'y porter la bannière si l'on tient pour titre suffisant ce trait qu'il prit plaisir à nous conter, en 1856, à Bordeaux, chez Venot.

« Passant par les *Fossés de l'Intendance*, nous dit-il, je me sens pris d'un *petit* mais assez gros besoin. Faute du mur que nous a garanti l'Ecriture (*animal mingens ad parietes*) une guérite se présentait, qui faisait mon affaire.

« Mais avant d'y entrer, j'avais avisé un passant s'avançant d'un pas mesuré. Une fois en posture, le problème se pose à mon centre nerveux mictionnel ; ce brave homme me laissera-t-il le temps nécessaire pour... engrener? N'arrivera-t-il point trop tôt?...

« Au sphincter poser un problème, ce n'est point le résoudre. A son insu, il me le fit bien voir, le malencontreux quidam dont l'approche me nouait l'aiguillette uréthrale. Mais que de fois le remède n'est-il pas à côté du mal! Lorsque, arrivé à la fatale guérite, le brave homme, témoin par derrière de mes infructueux trémoussements et tortillements, me lâcha cet avis charitable : « Eh! dites donc, vous ne feriez pas mal, vous, d'aller consulter Ricord! » ah! mes enfants, si, à cette apostrophe libératrice, je partis d'un éclat,... ce ne fut pas seulement d'un éclat de rire. »

P. Diday.

NOUVELLES

Distinction universitaire.—Officier d'académie. Est nommé, M. le Dr Amat, médecin-major de 2e classe.

Concours pour les bourses de doctorat. — Le ministre de l'instruction publique vient de signer l'arrêté suivant :

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1890.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 18 octobre à quatre heures.

Art. 3. — Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878.

Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques.

Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie e la myologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire.

Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la deuxième partie du deuxième examen probatoire.

L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Art. 4. Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien* peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges. — Un concours s'ouvrira le 20 novembre 1890 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine et de pharmacie de Tours. — Un concours s'ouvrira le 1er décembre 1890, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Comité consultatif d'hygiène publique de France. — Le comité s'est réuni lundi, au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. Brouardel.

M. Henri Monod a rendu compte de la situation sanitaire :

Mesures prises en France contre le choléra. — Le service tel qu'il a été organisé pour l'examen ou la désinfection des provenances espagnoles soit par terre, soit par mer,

continue à fonctionner avec une grande régularité. L'épidémie n'a pas forcé notre frontière ; il n'y a pas eu en France un seul cas de choléra asiatique.

Au cours de la dernière quinzaine, il est arrivé dans les ports de France 127 navires venant d'Espagne, avec 2,406 marins et 113 passagers, dont les bagages ont donné lieu à 133 opérations de désinfection. Par terre, il a passé 15,117 voyageurs, dont les bagages ont donné lieu à 973 opérations de désinfection.

Le choléra en Espagne. — Pour répondre à des assertions erronées d'un journal médical espagnol au sujet de l'origine de l'épidémie, assertions reproduites dans un journal médical français, M. le directeur dit qu'à la suite d'une enquête minutieuse il lui est permis d'affirmer : 1° qu'aucun navire venant d'Egypte et arrivé à Marseille du 15 avril au 13 mai, ne s'est rendu de Marseille en Espagne ; 2° qu'il n'y a eu cette année à Marseille que deux décès par le choléra nostras, l'un d'une femme de ménage, le 27 juin, l'autre d'un ouvrier maçon, le 21 août. Il est donc inexact de dire que le choléra est venu d'Egypte à Marseille, qu'à Marseille il a frappé des individus occupés au déchargement d'un navire égyptien, et que de Marseille il a été importé à Gandia, en Espagne.

Le choléra dans la mer Rouge. — L'épidémie a eu un caractère terrible. Tous les cas étaient foudroyants. Les malades mouraient en moins d'une heure, les dents serrées, le corps contracté : impossible de leur faire prendre aucun remède. A Djeddah, le nombre des permis d'inhumer délivrés est très loin de représenter le nombre des morts ; beaucoup de cadavres sont restés en dehors de la ville, abandonnés, dévorés par les chiens et les oiseaux de proie. « J'ai vu, dit un témoin, des pèlerins atteints en dehors de la ville, se traînant près des murs pour mourir à l'ombre, pris brutalement par les pieds et tirés au soleil, où ils ne tardaient pas à expirer. » Le même témoin ajoute : « Un pèlerin turc expirant a été mis sur un brancard et, par ordre du beit-el-mal, un crieur public mettait aux enchères les vêtements de l'agonisant, à condition que l'acheteur déshabillerait lui-même le mort. Les médecins et les pharmaciens veulent être payés d'avance. Les malades meurent sans soins. »

Les mesures ordonnées en Egypte sur la proposition du représentant de la France au conseil sanitaire, M. le docteur Catelan, sont rigoureusement exécutées, et l'on est maintenant en droit d'espérer qu'elles atteindront ce résultat extraordinaire de préserver l'Egypte d'une épidémie qui a fait de si effroyables ravages dans le Hedjaz. Aussi, dans le pays, la panique a-t-elle fait place à la confiance.

La Tunisie a pris également des mesures très sévères pour se préserver contre le retour de ceux qui, malgré la défense faite, auraient réussi à joindre le pèlerinage.

Le choléra en Mésopotamie et en Asie Mineure. — Notre médecin sanitaire à Constantinople, M. le docteur Mahé, constatait le 11 septembre que le choléra avait à peu près disparu des vilayets de Diarbekir, de Van, de Bitlis et de Mossoul. Il exprimait quelques craintes au sujet du sud de la Russie.

Mais, le 17 septembre, une dépêche nous annonça la présence du choléra à Alep. Du 15 au 20 septembre il y a eu à Alep 31 cas et 20 décès cholériques. La nouvelle est évidemment grave. Des ordres ont été immédiatement donnés à tous nos agents, pour qu'ils appliquent aux provenances du golfe d'Alexandrette les mesures qui ont réussi jusqu'ici à nous préserver du choléra espagnol.

Etat sanitaire en France. — Deux épidémies de fièvre typhoïde ont été signalées, l'une sur la côte normande, l'autre à Arles.

M. Brouardel, président, et Thoinot, auditeur au comité d'hygiène, ont bien voulu se charger d'étudier l'épidémie normande.

Des renseignements sont demandés sur celle de Provence.

A Marseille, le maire a soumis à l'approbaiton du conseil municipal une convention pour l'exécution des travaux d'assainissement, dont le comité consultatif a approuvé le principe, il y a dix mois, et au moyen desquels devront être rejetées à mer, très loin de la ville, dans l'anse de Courtiou, toutes les déjections.

A la suite de cette exposé, le comité consultatif, sur la proposition de son président, M. Brouardel, a émis à l'unanimité le vœu que l'administration continuât à dire au public la vérité tout entière sur les faits se rattachant à l'épidémie du choléra.

Sur le rapport de M. le docteur du Mesnil, le comité a donné son appprobation au projet d'assainissement de la ville de Rouen.

Le ministre et le rebouteur. — Nous lisons dans le *Temps* de mardi soir la très curieuse nouvelle suivante :

« M. Rouvier, ministre des finances, a été victime, hier matin, d'un accident qui, heureusement, n'aura pas de suites graves. M. Rouvier faisait la promenade qu'il a l'habitude de faire chaque matin au bois de Boulogne, quand, en face du Pavillon chinois, son cheval trébucha sur un caillou. M. Rouvier tomba sur le côté droit, et, dans sa chute, se démit le pied droit.

« Reconduit à son domicile, rue de la Tour, 152, il fit appeler son médecin, qui vint accompagné d'un rebouteur. C'est ce dernier qui réduisit la luxation.

« M. Rouvier est tout à fait remis et sortira demain ».

Cette histoire est bien curieuse sans être absolument invraisemblable ; nous regrettons de ne pas connaître le nom de l'honorable confrère qui fait appeler un rebouteur en consultation dans un ministère, et le ministre de la République, qui encourage la médecine illégale, nous paraît au monis digne d'une mention.

Les concours et la faveur. — Nous trouvons dans la *Gazette des Hôpitaux* cet article aux conclusions duquel nous nous associons pleinement.

On crie beaucoup contre le recrutement du haut personnel médical de nos hôpitaux. De toutes parts, ce ne sont que plaintes et récriminations contre ces concours interminables qui prennent l'étudiant français au début de sa carrière et le conduisent plus ou moins péniblement aux situations enviées de médecin des hôpitaux et de professeur à la Faculté !

A chaque instant, on nous chante les louanges des pays étrangers, on nous fait admirer ce qui se passe en Autriche, en Allemagne surtout ; et l'on vient à trouver (peut-être parce que cela vient d'Allemagne) que le simple choix et la faveur sont les seules méthodes rationnelles pour le recrutement de l'état-major médical. On va peut-être un peu loin dans cette voie, et l'on semble oublier que les reproches doivent s'adresser moins au concours lui-même qu'à certains de ses défauts. On demande la suppression du concours, parce que, de temps en temps, ses règlements

sont enfreints et ses lois violées. On proteste à juste titre, quand on soupçonne qu'un peu de faveur n'a pas été étrangère à la décision d'un jury. Mais, en bonne logique, qui croirait que toutes ces protestations ne tendent qu'à une chose : supprimer le concours et le remplacer par le libre choix des maîtres déjà nommés ! Ce n'est guère admissible; nous reviendrons, d'ailleurs, sur cette question qui mérite qu'on l'étudie plus à fond. Le fait suivant, qui vient de se passer à Vienne, n'est pas de ceux qui nous feront modifier notre opinion.

Il y a quelque temps, un jeune homme se présentait au directeur de l'Hôpital général de Vienne, et, muni d'un diplôme de la Faculté de médecine d'Insbruck, de mandait à être inscrit au nombre des médecins attachés à l'établissement à titre d'assistants. Droit fut fait à sa demande, et, sous la direction d'un premier assistant, le jeune homme suivait la visite du docteur pour le service duqpel il avait été désigné. On avait bien noté quelques imperfections et quelques lacunes dans son instruction médicale, mais une place de deuxième assistant étant devenue vacante, le docteur d'Innsbrück fut choisi et nommé. Or, quelques temps après, au grand scandale de ses collègues, le nouvel assistant fut arrêté pour un délit commis par lui dans une maison de banque, et l'on apprit à cette occasion, que le prétendu docteur n'avait jamais fait aucune étude médicale.

Voici comment s'exprime, à ce sujet, l'*Internationale klinische Runsdchau*,

« Le cas de Peratoner nous a appris que l'on peut, sous le masque médical, pratiquer pendant de longues semaines dans un grand hôpital de Vienne, sans avoir jamais jeté un regard dans les arcanes de la médecine. Et, chose digne de remarquer, ce n'est pas l'ignorance de ce jeune imposteur qui l'a fait démasquer, mais une incursion fortuite qu'il s'est permise sur un tout autre terrain. Sans cela, il donnerait aujourd'hui encore ses ordres au lit du malade, et son enseigne brilleralt toujours dans Margarethnerstrasse. »

Avouons que l'aventure est édifiante, et que pour la sécurité de nos malades, les concours présentent encore quelques petits avantages ! »

Commission sanitaire internationale. — Le Conseil supérieur d'hygiène, invité par le ministre de l'intérieur à examiner la proposition du gouvernement italien relative à la reconstitution de la Commission sanitaire internationale en Egypte, vient d'émettre un avis favorable.

Buste de Claude Bernard. — Le ministre de l'instruction publique a commandé, pour les galeries de l'Institut de France, le buste en marbre de Claude Bernard.

L'Académie de médecinede Turin ouvre pourle prix Ribieri, dont la valeur est de 18,000 francs, un concours international sur la question suivante : « Recherches sur la nature et la prophylaxie des maladies infectieuses de l'hommes. » Les mémoires peuvent être en français, en italien ou en latin.

Nécrologie. — Le Dr Hardy (Ernest), chef des travaux cliniques de l'Académie de médecine, chef-adjoint du laboratoire de l'Hôtel-Dieu, membre du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, vient de mourir au château de l'Ile-Chevalier (Finistère),à l'âge de 63 ans. — Le Dr Corne, médecin principal des armées en retraite. — Le Dr Lecadre, du Havre, reçu en 1876. — Le Dr Guillou (A.), de Royan (Charente-Inférieure, reçu en 1833.

Mariages. — Le Dr L. Cacarrié, de Roanne, vient de se marier le 10 août.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Lecrosnier et Babé, 23, place de l'École-de-Médecine.

Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles, par le Dr Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfant Malades, etc., 2e édition. 1 vol. petit in-8°, 2e partie. (Gratis pour les souscripteurs.)

Prix de l'ouvrage complet, un fort volume in-8e : 14 fr.

L'année médicale (12e année), 1889. *Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales*, publié sous la direction du Dr Bourneville, médecin de l'hospice de Bicêtre, etc. 1 vol. in-18°, 1890. — Prix : 4 fr.

Prix des tomes I à IX : 35.50 ; net 12 fr.
— — X XI : 8 fr.

Encyclopédie d'Hygiène et de Médecine publique, Directeur Jules Rochard, tome IIIe, 1er fascicule : Hygiène urbaine ; chapitre I et II : villes en général, par le professeur Arnould ; chapitres III : La ville souterraine, par le Dr Jules Rochard. volume in-8°. — Prix 4 fr. 50.

Bulletin de la mortalité *du 14 août au 20 septembre* 1890— Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 0. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 11. — Diphtérie, Croup, 33. — Choléra. 0 — Phtisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 21 — Tumeurs cancéreuses et autres. 43.

Méningite, 28. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 40. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 48.

Bronchite aiguë et chronique, 41. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 39.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 122.

Fièvre et péritonite puerpérales, 8. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 28. — Suicides et autre morts violentes, 33. — Autres causes de mort, 115. — Cause inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine, 865. — Résultat de la semaine précédente : 355.

NUTRITION DES ENFANTS. — Farine Vigier au CACAO, *ne constipant pas.*

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

LIQUEUR DE LAPRADE à l'albuminate de fer, le plus assimilable des ferrugineux, spécifique des troubles de la menstruation, etc.

VIN DE BAYARD pepto-phosphaté, le plus puissan reconstituant.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES.—L'Emulsion Marchais est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition.—Dr Ferrand *Traité de médecine*, 1887).

ANÉMIE, CHLOROSE. Dragées **Cézard,** ne *constipent pas.*

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.